# LA FRANCE MÉDICALE

ET

# PARIS MÉDICAL


## SOMMAIRE


**Clinique chirurgicale :** Comment doit-on traiter l'épididymite blennorrhagique, par le Dr Henri Picard, 145. — **Clinique médicale :** Du rétrécissement pulmonaire, par le Dr P. Duroziez, 146. — **Bibliographie :** Technique d'électrothérapie, par les Drs G. Gautier et J. Larat, 147. — La syphilis dans l'allaitement. Hygiène et prophylaxie, par le Dr Paul Raymond, 148. — Les médecins et la loi du 30 novembre 1892, par le Dr R. Roland. 148. — **Revue de la presse :** Importance de l'acétonurie dans le pronostic du diabète, 148. — **Académie de médecine :** *Séance du 6 mars* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Election, 149. — Un fait de cholédocotomie, 149. — Abcès froids de l'abdomen, 149. — Troubles du cœur et de l'estomac produits par l'attitude scolaire habituelle, 149. — L'épidémie actuelle de fièvre typhoïde à Paris, 149. — Le chauffage des voitures, 150. — Commissions de prix pour 1894, 150. — **Société médicale des hôpitaux :** *Séance du 2 mars* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Hémorrhagie méningée d'origine charbonneuse, 150. — Un cas de paroxysme hystérique à forme de névralgie faciale, 151. — Traitement de la péritonite tuberculeuse par l'injection de napthol camphré dans le péritoine, 151. — Traitement d'urgence du pneumothorax par la thoracenthèse, 151. — **Société médicale du VIIe arrondissement :** *Séance du 30 janvier*, 152. — Résection itérative des côtes pour fistule pleurale gauche, 154. — **Société de chirurgie :** *Séance du 7 mars*. — Présidence de M. Lucas-Championnière. Traitement des fistules recto-vaginales, 154. — Hydrocèle péritonéo-vaginale, 154. — Kyste hydatique intrahépatique, 154. — Traumatismes cérébraux, 154. — Trépanations et plaies par armes à feu, 154. — Fracture du crâne. Secousses épileptiformes. Trépanation. Absence de lésions. Guérison et retour à l'état normal, 155. — Tumeur pulsatile du diploé ou de la surface intra-crânienne, 155. — **Variétés.** — La Société de médecine de Paris pendant l'année 1893, 155. — **Nouvelles**, 157. — **Bulletin bibliographique**, 160.


## CLINIQUE CHIRURGICALE

### Comment doit-on traiter l'épididymite blennorrhagique ?

Par le Henri Picard.

La réponse à cette question, dans laquelle je ne parlerai pas de la désinfection de l'urèthre profond par les grands lavages, quoiqu'elle soit le remède primordial, n'est pas superflue, les moyens employés contre l'orchite étant généralement insuffisants.

Et, d'abord, sans parler du port d'un suspensoir, toujours obligatoire pendant un écoulement urèthral, à quel symptôme reconnaître que l'orchite menace ? En dehors de la gêne hypogastrique, du tiraillement dans les aines et les testicules, il existe un signe moins frappant, mais d'une valeur diagnostique et pronostique plus importante et antérieure aux précédents : la difficulté des garde-robes. Tout malade d'une orchite est ou a été constipé pendant plusieurs jours. Cette règle, à peu près générale, impose l'administration d'un purgatif qui procurera la liberté du ventre, s'opposera à la compression du rectum par les fèces accumulées et, par suite, à l'engorgement des veines hémorrhoïdales et périprostatiques dont la communication non seulement entre elles, mais avec celles de l'intérieur de la prostate, de l'urèthre et de la vessie amène la congestion du petit bassin et des organes génito-urinaires.

Ce ne sont pas, bien entendu, les drastiques et surtout l'aloès qu'on emploiera, mais l'huile de ricin et les sels neutres : sulfate de soude ou de magnésie, tartrate double de potasse et de soude (sel de Seignette), dont la dose ne devra pas dépasser 30 grammes. Ces purgatifs seront dissous dans une quantité de liquide suffisante : bouillon d'herbes, thé léger. A ces sels, on se trouvera bien d'ajouter un dixième de bicarbonate de soude. De cette façon, l'urine, moins acide et plus diluée ne provoquera pas d'épreintes pendant les mictions qui accompagnent les selles.

Si la constipation persistait, de grands lavements d'eau de guimauve additionnés, au besoin, d'huile d'olive, de miel ou de glycérine, administrés pendant deux ou trois jours, au moyen de la longue et large canule en gomme de Reliquet, seraient absolument indiqués.

Conjointement aux purgatifs et aux lavements, on prescrira le repos horizontal au lit ou simplement sur une chaise longue, les bourses convenablement relevées et soutenues. Le suspensoir d'Horand, de Lyon, est actuellement, à mon sens, l'appareil avec lequel on obtient, sous ce rapport, le meilleur résultat. Fait d'un large morceau de toile losangique, fendu sur ses angles latéraux et doublé d'une épaisse couche d'ouate reposant elle-même sur une lame de toile vulcanisé, il permet de maintenir les bourses dans une immobilité immuable, en même temps que de les comprimer avec une douceur régulière et constante, en serrant les cordons cousus sur chacun des bords des fentes latérales. Enfin, la toile vulcanisée, en maintenant l'évaporation cutanée, entretient les parties dans une humidité constante qui constitue un cataplasme permanent.

Le suspensoir d'Horand permet au malade de se mouvoir sans douleur dans son lit, grâce au maintien de l'immobilité et même, dans l'orchite subaiguë, de marcher dans sa chambre.

Des boissons émollientes : macération de graines de lin, décoction de queues de cerises et de chiendent, infusion de mauve, violette, ou quatre fleurs, eau sucrée

avec du sirop d'orgeat à la dose de trois à quatre verres par jour constitueront d'efficaces sédatifs de l'urèthre enflammé.

Des grands bains simples, à 35°, prolongés et répétés chaque jour ou au moins tous les deux jours, procureront le sommeil, en calmant l'agitation, par leur action sur la périphérie nerveuse.

Contre la douleur, on prescrira 3 à 4 grammes de salicylate de soude par jour, pris en trois fois avec du lait ou en mangeant. Ce médicament peut être remplacé par l'antipyrine aux mêmes doses, car, en dépit d'une opinion récemment exprimée, il ne possède, contre l'orchite, aucune action spéciale, pas plus que l'anémone pulsatile.

Le traitement précédent suffit à la plupart des orchites. Cependant, si la congestion est très intense, le gonflement énorme, si la peau rouge, infiltrée, tendue, adhère aux tissus sous-jacents, rien ne vaut une application de six à douze sangsues sur le cordon. Peut-être pourrait-on remplacer ces annélides par de petites ventouses scarifiées qui permettraient une asepsie plus parfaite et un dosage plus exact du sang. On est peu enclin aujourd'hui à recourir aux déplétions sanguines locales contre l'orchite ; leur efficacité n'est cependant pas contestable quand elle est sérieuse.

Mais sérieuse ou non et, quoi qu'on fasse, les symptômes aigus apaisés, l'orchite laisse, toujours, après elle, dans la queue de l'épididyme, un noyau de volume et de consistance variables, d'une désespérante ténacité, quand il n'est pas indélébile. Or, on en connaît les conséquences : oblitération de l'épididyme et, par suite, emprisonnement des spermatozoaires qui ne peuvent sortir du testicule correspondant.

Quel en est le remède ? l'iodure de potassium. Sa puissance n'est pas absolue, quoique son action soit certaine. En effet, s'il ne fond pas entièrement le noyau, du moins il le diminue et le ramollit toujours. Or, un noyau ramolli laisse souvent passer les spermatozoaires, en petit nombre, à la vérité, mais il en faut si peu.

A quel moment donc et à quelle dose prescrire l'iodure de potassium ? Aussitôt que possible, c'est-à-dire immédiatement après la cessation des phénomènes aigus ; quand le malade ne souffre plus, au déclin de la période d'état et avant même que la régression spontanée du gonflement soit commencée. La dose doit être d'au moins deux grammes par jour ; un matin et soir aux repas, pendant un mois. On le cessera alors dix à douze jours et ainsi de suite pendant trois mois, tout en surveillant le parenchyme glandulaire, pour s'arrêter s'il y avait menace d'atrophie.

L'enveloppement des bourses avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo *cum mercurio* ou mieux de légères frictions d'onguent mercuriel simple constitueront un adjuvant utile de l'iodure, mais à condition d'en bien surveiller l'effet sur les gencives.

## CLINIQUE MÉDICALE

### Du rétrécissement pulmonaire (1),

Par P. Duroziez.

Le rétrécissement pulmonaire éveille l'attention des médecins ; il n'est pas assez rare pour qu'ils s'en désintéressent ; il n'est pas toujours assez franc pour que le diagnostic ne varie pas. De là, controverse et intérêt.

On a écrit que le diagnostic est facile ; il ne l'est pas toujours, puisqu'on ne s'entend pas. C. Paul a proposé, dans un mémoire important, la relation du rétrécissement pulmonaire avec la tuberculisation, et Landouzy, allant plus loin, a dit que, la tuberculisation coexistant avec une lésion du cœur, celle-ci est le rétrécissement pulmonaire. C'est aller trop vite.

On a divisé les rétrécissements pulmonaires en congéniaux et acquis. La division est-elle bonne ? Nous préférons les diviser par la cyanose qui est le point capital. Il ne faut pas croire que, là encore, tout soit facile. En clinique, il ne faut jamais dire que quelque chose est facile ; rien n'est facile que dans les livres ; deux cas ne se ressemblent pas ; on le sait, mais on aime à l'oublier.

Il court dans les hôpitaux trois ou quatre malades atteints de rétrécissement pulmonaire plus ou moins certain, qui présentent de l'intérêt. Les avis diffèrent.

Voici Adrien N..., 25 ans, doreur puis colporteur de journaux. Il court les hôpitaux depuis trois ou quatre ans. Nous le voyons depuis dix-huit mois. On a admis, rétrécissement pulmonaire, bruit extra-cardiaque, anémie. On voit que le diagnostic n'est pas facile. On diffère même sur la tuberculisation.

Il est malade depuis 1888. La première entrée dans les hôpitaux date de juillet 1891. Un médecin le soignait en ville depuis six mois. Il y a quatre ans, les camarades lui disaient qu'il devenait bleu. Il était bien portant avant cette époque de quatre ans, il courait bien ; dernièrement encore il courait et criait en vendant des journaux. La cyanose a été notée, mais n'a pas été constante ; nous ne l'avons jamais vue. Il n'a jamais eu de rhumatisme.

Il a un signe important pour nous, la déformation de la poitrine, l'aplatissement, l'enfoncement du sternum.

De plus, le mamelon est dans le 3e espace, au lieu d'être dans le 4e et la pointe bat dans le 3e espace au lieu de battre dans le 4e. Nous avons assez montré comment il faut compter les côtes pour qu'on s'en rapporte à nous. Dans l'observation qui suivra et qui ressemble à celle-ci, nous trouvons la même disposition. Pour calculer le volume du cœur, il ne faut donc pas s'en rapporter à l'espace où bat la pointe, il faut percuter le cœur.

Ici le cœur est petit. Les cavités droites ne sont pas développées.

(1) Communication faite à la Société de médecine de Paris, séance du 27 janvier 1894.

On entend du souffle rude au 2e espace gauche contre sternum, qui, comme toujours, ne passe pas en arrière. Le 2e claquement est parcheminé, dédoublé, comme ns le cas suivant.

En haut à gauche, on trouve de la matité, du souffle onchique, caverneux et des râles cavernuleux.

Il est pâle. Les doigts ne sont pas déformés. Les vei-s thoraciques ne sont pas développées. La gêne cir-ulatoire n'apparaît pas. Le sang passe assez librement travers l'artère pulmonaire. Le pouls reste régulier, roit, variant entre 78 et 114, le plus souvent à 80. Les avités droites ne battent pas dans le creux épigastrique. scillation précordiale.

Depuis le 21 juin 1892 jusqu'en janvier 1894, le ma-de reste le même, pâle, sec, calme.

A quoi conclure dans ce cas? si ce n'est communica-on passagère entre les deux cœurs, et rétrécissement ulmonaire modéré?

Voici F..., 21 ans, qui a été couvreur, qui s'intitule ujourd'hui machiniste. Nous le voyons depuis le août 1890. C'est un hystérique dont il faut se méfier. e ne sais quels diagnostics ont été portés. Il a l'aplatis-ement de la partie antérieure du thorax et l'enfonce-ent du sternum. Le mamelon est dans le 3e espace et a pointe bat dans le 4e. Le cœur, dont la matité s'élève . la 2e côte, mesure 10 centimètres en hauteur sur 2 en largeur. Il est petit ou, du moins, de dimensions ormales. Nous voyons des oscillations sur le cœur. On ntend le souffle maximum au 2e espace gauche contre sternum. Le 2e claquement est fort et dédoublé. Tout ela ressemble au cas précédent. Il n'y a pas de cyanose ctuelle; il reste des doutes sur la cyanose pendant le eune âge. Sa sœur lui a dit qu'il devenait noir comme u charbon; ses camarades, il y a quelques années, ni ont dit qu'il devenait bleu. Nous ne l'avons jamais u bleu. Les lèvres sont rosées. La peau est blanche. Aux poumons nous n'entendons rien. Il a souvent des ertiges. Depuis quelques mois il a de la polyurie. On le surveille. On entend à gauche et à droite, au cou, les bruits chlorotiques.

Nous concluons à une malformation congénitale suffisante pour produire du souffle à l'orifice pulmonaire, mais non pas pour empêcher définitivement la fermeture du trou de Botal et du trou interventriculaire.

Le malade reste le même; le cœur reste le même. C'est un hystérique. Notons que ces individus font des métiers où l'on court. Le suivant a été photographe et est aujourd'hui camelot, vend aussi des journaux.

D... (Charles), 25 ans, est scoliotique. Scoliose en arrière des deux côtés en bas, saillie longue de chaque côté de l'épine qui est en creux, omoplates ailées. Voussure des cartilages gauches. A 11 ans on l'a mené aux Enfants malades pour lui mettre un corset. Il a été cyanosé comme les deux précédents; il ne l'est plus. Le cœur est petit. Le pouls varie entre 66 et 90, une fois à 132, régulier, développé, vibrant. Le 2e bruit est dédoublé. Le 1er claquement a le bruit du drapeau qui claque, il retentit; en cela, le malade est remarquable. Les sigmoïdes sont lâches et claquent, mais, comme des valvules épaissies. La tuberculisation manque comme dans le 1er cas; elle a existé chez le père et la mère.

Ici encore, nous concluons à l'occlusion tardive du trou de Botal, et au rétrécissement modéré de l'orifice pulmonaire. Il y a des degrés même dans le rétrécissement pulmonaire, comme aux autres orifices.

A côté de ces cas, mettons un cas grave que l'on voit en ce moment dans les hôpitaux. On l'a donné comme exemple de transposition des organes; ce n'est pas notre avis.

H..., 22 ans, garçon peu développé et un peu idiot; il vient de Reims à Paris pour se faire acheter comme phénomène. Cyanose des yeux, des lèvres; phalangettes, gros orteils en massue. Voussure du sternum et des cartilages droits; clavicule et articulation sterno-claviculaire droites, saillantes. Battement à droite et matité jusqu'au mamelon droit. Pas de matité en dehors du mamelon gauche. On ne sent pas les sous-clavières. Pas d'aorte sus-sternale. Pas de matité au niveau de la 1re pièce sternale, souffle systolique maximum en haut à droite du sternum, faible à gauche, sans claquement. Claquements normaux à gauche. En arrière en haut souffle ronflant. Attaques épileptiques. Parfois des vomissements.

Nous admettons: oblitération de l'artère pulmonaire, développement des cavités droites, communication entre les deux cœurs. Quelle est la disposition de l'aorte, des artères bronchiques? Nous ne savons pas.

La cyanose peut disparaître. Le rétrécissement pulmonaire peut être modéré. De là, des cas intermédiaires considérés comme acquis, et qui sont congénitaux; ils étaient peu marqués et ont guéri. La cyanose peut disparaître et reparaître sous l'effort, si la valvule qui avait repris son rôle l'abandonne de nouveau. Ces lésions incomplètes expliquent certaines observations difficiles à comprendre autrement. Nous devrions donc intituler cette étude communication passagère par le trou de Botal et rétrécissement léger de l'orifice pulmonaire. A côté des cas graves, il faut toujours penser aux cas moyens et légers.

## BIBLIOGRAPHIE

**Technique d'électrothérapie**, par G. Gautier et J. Larat. — Maloine, édit., Paris, 1893.

Ce volume, disent les auteurs, est le premier d'une série, sorte de compendium d'électrothérapie, destinée à tenir le public médical au courant des procédés, des découvertes intéressantes qui modifient si rapidement et si profondément, à l'heure actuelle, l'électrité médicale.

Ce petit volume, rédigé sous forme de leçons, est divisé en 3 chapitres intitulés: électro-biologie, électro-

lyse interstitielle, les courants alternatifs en thérapeutique. Il renferme un certain nombre d'observations intéressantes, et les pages consacrées aux applications thérapeutiques des courants alternatifs seront des plus utiles à consulter.

Il est bien certain que les questions d'électricité médicale prennent en thérapeutique une place chaque jour plus considérable, et on ne peut que féliciter leurs auteurs d'avoir eu l'idée d'écrire un ouvrage qui se propose de traiter ces questions à mesure qu'elles apparaissent. Bon succès à leur œuvre !

Dr E. Deschamps.

**La syphilis dans l'allaitement**. Hygiène et prophylaxie, par le Dr Paul Raymond, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Académie et de la Faculté de médecine, ouvrage couronné par l'Académie de médecine. — Paris, Rueff et Cie, éditeurs.

La question de la transmission de la syphilis du nouveau-né à la nourrice et de celle-ci au premier est une de celles qui sont toujours actuelles par leur importance même, par leur fréquence et leurs conséquences individuelles et sociales. Elle comporte dans la pratique la solution de problèmes qui ne laissent pas d'embarrasser parfois le médecin.

M. P. Raymond a divisé naturellement son sujet en deux parties : prophylaxie concernant le nourrisson, prophylaxie concernant la nourrice. Chacune de ces parties comporte des subdivisions suivant que, dans le premier cas, la nourrice est saine ou syphilitique, que la nourrice est la mère ou une étrangère, qu'elle est en incubation de syphilis, que l'enfant est élevé au biberon ou par un animal. Dans la prophylaxie concernant la nourrice, l'auteur distingue suivant qu'il s'agit d'une nourrice sur lieu, d'une nourrice ayant pris un nourrisson en garde. Il examine les diverses conditions dans lesquelles on fait l'allaitement et en tire des conclusions au point de vue de la contagiosité de la syphilis ; enfin, il donne les règles prophylactiques, lorsque le nourrisson est réputé indemne et lorsqu'il s'agit d'enfants abandonnés. Tel est le cadre que l'auteur s'est tracé, dans un livre inspiré par le désir d'être pratique et par une hauteidée du devoir professionnel.

L. Jumon.

**Les médecins et la loi du 30 novembre 1892**, par R. Roland, docteur en droit, avec préface du Dr Chevandier. 2e édition, in-8, 178 p. Paris, Bureaux des *Lois nouvelles*, 61, faubourg Montmartre, 1893.

Voici une publication qui arrive à propos pour tirer d'embarras ceux de nos confrères qui auraient quelque peine à s'y reconnaître au milieu des lois et circulaires qui sont venues récemment compliquer quelque peu l'exercice de notre profession. M. Roland ne se contente assurément pas de reproduire les textes, il les entoure de toutes les explications et développements nécessaires pour que nul ne puisse en ignorer. Il commence par la critique de la loi du 19 ventose an XI que la loi du 30 novembre devait remplacer et il fait l'historique de tous les travaux préparatoires de cette dernière.

Cette loi du 30 novembre règle comme on sait l'exercice de la médecine par les docteurs, les dentistes, les sages-femmes et les médecins étrangers. Chacune de ces catégories est envisagée dans un chapitre spécial. On peut dire, d'ailleurs, que tous les articles de cette loi donnent lieu à un chapitre de développement. L'auteur reproduit, en outre, tous les rapports et circulaires relatifs à la loi nouvelle.

On trouvera également dans ce livre les lois de finance et de police qui régissent notre profession, en particulier cette regrettable loi des patentes qui a provoqué dans tout le corps médical une émotion si justifiée. L'auteur donne enfin en appendice la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite. Ce livre est donc un véritable commentaire de toutes les lois qui fixent nos droits et surtout nos charges et nos obligations.

A. Chevallereau.

## REVUE DE LA PRESSE

**Importance de l'acétonurie dans le pronostic du diabète.** (Hirschfeld. *Centrbl. f. inn. medicin*, 7, 1894.) —Les premières recherches de Jaksch sur l'acétonurie, qui datent de 1885, ont été le point de départ d'une série de travaux relatifs à ce symptôme. On sait qu'à l'état normal, l'urine renferme une faible quantité d'acétone qui atteint des proportions considérables dans certains états pathologiques. Pour ne citer que les cas les plus communs, l'acétonurie peut augmenter beaucoup dans certains cas de diabète, dans le cours de la fièvre, dans certaines formes de cancer, dans les troubles digestifs, dans l'inanition et sous l'influence d'un régime carné abondant. Pour la plupart de ces cas, on a cru trouver la raison de l'acétonurie dans la destruction de l'albumine. Certains faits sont cependant opposés à cette manière de voir. C'est ainsi qu'on peut supprimer l'acétonurie au cours d'un régime fortement azoté par l'emploi de très faibles quantités d'hydrate de carbone qui ne peuvent exercer une action d'épargne sur les mutations azotées. D'un autre côté, il est très fréquent de constater une acétonurie considérable chez les diabétiques sans que la destruction de l'albumine soit augmentée.

Hirschfeld, après avoir fait quelques recherches sur l'influence du régime, a constaté que chez les individus bien portants l'acétonurie produite par le régime albumineux et graisseux atteint son maximum du sixième au douzième jour, qu'elle est plus faible avec un régime azoté abondant, et qu'enfin, elle diminue lorsque le patient prend en même temps 50 à 100 grammes d'hydrate de carbone et de la glycérine. Le résultat est le même qu'il y ait ou non destruction de l'albumine organique. Lorsque l'acétonurie est très abondante, on

onstate en même temps de la diacéturie. L'emploi des ydrates de carbone fait également disparaître l'acéto-urie chez les malades atteints de fièvre, d'affection tomacale, de cancer. Il ne s'agit donc pas d'une forme articulière d'acétonurie dans ces maladies, mais d'un ymptôme qui se montre lorsque l'alimentation est in-uffisante.

La destruction des hydrates de carbone dans l'orga-isme aurait la propriété d'empêcher la formation de uantités exagérées d'acétone, ou de détruire l'acétone ormée. Les hydrates de carbone possèdent la même ropriété dans les cas légers de diabète, mais non dans es cas graves de cette maladie où de grandes quantités 'hydrates de carbone ne peuvent amener qu'une lé-ère diminution de l'acétonurie. Ce symptôme serait onc l'expression d'un trouble nutritif dans les muta-ions ternaires et non un signe d'une augmentation des estructions azotées. Pour Hirschfeld l'acétonurie dia-étique qui augmente est une menace de coma diabé-ique, et bien que ce dernier accident ne dépende pas, u point de vue étiologique de l'acétonurie ni de la dia-étémie, il est cependant probable que les substances ui agissent sur l'acétonurie, les hydrates de carbone t surtout la glycérine, ont une action favorable sur le oma.

L. J.

## ACADEMIE DE MÉDECINE

*Séance du 6 mars 1894. — Présidence de* M. J. Rochard

La Correspondance comprend : 1° un travail manuscrit ntitulé, *scarlatines, érysipèles, maux de Bright et septicé-ies puerpérales*, pendant l'année 1893, par le Dr Fiessinger d'Oyonnax ; 2° un travail intitulé : *considération sur quel-ues points de l'allaitement artificiel et de l'hygiène ali-entaire de la première enfance*, par le Dr Rougeot (de 'aris) ; 3° un travail sur *l'électrolyse médicamenteuse*, par e Dr Boisseau du Rocher.

**Elections.** — L'Académie procède à l'élection d'un titu-aire dans la section d'accouchements.

Sur 78 votants, majorité 40, M. Porak est élu par 41 voix ontre 37 données à M. Ribemont-Dessaignes.

**Un fait de cholédocotomie.** — M. Terrier. Dans un mé-noire récent sur la cholédocotomie, je n'ai pu réunir que 8 observations, dont une personnelle. Depuis, j'ai eu occasion de pratiquer une fois cette opération et d'assister ne fois mon collègue Quénu.

Mon observation est relative à une femme de 55 ans qui commencé à présenter des troubles dyspeptiques en uin 1891, avec douleurs dans l'hypochondre droit, vomis-ements biliaires et alimentaires. C'est seulement en dé-embre 1892 qu'est apparu l'ictère avec décoloration des elles. A l'entrée, la malade, très amaigrie, avait un ictère rès foncé ; foie gros, vésicule appréciable à la palpation.

Le 9 mai, opération qui conduisit sur une vésicule rata-inée et adhérente, au côlon, à l'épiploon, au foie.

En la disséquant, elle fut déchirée et il en sortit un cal-ul mûriforme. Après ligature du canal cystique et cholé-ystectomie, la plaie fut drainée, puis suturée.

Au deuxième jour, il s'écoula de la bile par le drain. Cet écoulement persista abondant, les jours suivants ; l'ictère diminua, mais les matières restèrent décolorées.

Les troubles fonctionnels continuant et la fistule biliaire persistant mais tendant à se rétrécir, d'où des accidents de rétention biliaire, la malade fut soumise, le 11 janvier 1894, à une seconde intervention.

Après introduction dans la fistule d'une bougie stérilisée qui pénétra à 18 centimètres de profondeur, et cette bougie servant de conducteur, le ventre fut ouvert sur la ligne médiane et on constata l'existence d'un calcul en arrière de la première portion du duodénum.

Le duodénum fut alors incisé et, en explorant avec l'index, M. Terrier constata que le calcul siégeait juste au-dessus de l'ampoule de Vater. Incision du cholédoque à ce niveau ; extraction du calcul mûriforme enchatonné, long de 18 millim. et large de 16 millim. ; cathétérisme rétrograde du cholédoque avec une bougie n° 10 ; suture à deux plans du duodénum ; suture du cholédoque ; réunion de la plaie extérieure avec drainage.

Guérison rapide, après un écoulement temporaire de bile, prouvant que les sutures du cholédoque n'ont pas tenu.

Le 3 mars, la malade continue à se bien porter.

M. Dujardin-Beaumetz. En présence des succès journaliers qu'obtient la chirurgie des voies biliaires, je crois qu'il n'y a pas là une simple question de chirurgie, mais bien aussi des questions de thérapeutique et d'hygiène. L'existence d'une fistule biliaire dans un point plus ou moins éloigné de l'ouverture pancréatique a créé des conditions physiologiques qui nécessitent une hygiène alimentaire spéciale. J'ajoute que je m'efforcerai, dans une prochaine séance, de démontrer que, dans les ictères par obstruction, lorsque les efforts médicaux échouent, l'intervention chirurgicale s'impose ; je baserai ces faits sur une observation qui m'est très personnelle.

**Abcès froids de l'abdomen.** — M. Bousquet, de Clermont-Ferrand, communique deux cas d'abcès sous-péritonéaux très volumineux guéris par l'incision franche et le drainage. Ces deux observations, à peu près identiques, ont trait à des sujets de 17 et 18 ans, atteints de mal de Pott avec volumineux abcès pointant dans l'abdomen, l'un dans la fosse iliaque, l'autre sous le thorax. Dans les deux cas, M. Bousquet incisa, décolla le péritoine et put aller ouvrir directement la poche, qu'il draina avec succès.

**Troubles du cœur et de l'estomac produits par l'attitude scolaire habituelle.** — M, Javal lit un rapport sur la communication de M. Motet faite dans la dernière séance et qui traitait de l'influence de la myopie sur les déviations du thorax et par ce mécanisme sur la production de divers accidents gastriques. Il ajoute que les règlements abrogés seulement depuis peu exigeaient des élèves se présentant aux divers examens primaires une écriture penchée, cause première de la production des déviations thoraciques comme on le sait. Actuellement, au contraire, l'écriture droite est exigée, et par la suite cette cause de déviation est supprimée.

**L'épidémie actuelle de fièvre typhoïde à Paris.** — M. Bucquoy. Je tiens à signaler l'apparition brusque de la fièvre typhoïde à Paris il y a une douzaine de jours. Les hôpitaux sont encombrés : moi-même en un seul jour de consultation j'ai reçu à l'Hôtel-Dieu 12 malades atteints de fièvre

typhoïde. Depuis la semaine dernière j'en ai 18 dans mon service. Or comme nous sommes convaincus que la contagion se fait par l'eau, je crois qu'il est important de surveiller l'eau de boisson, et de recommander au public de ne s'en servir qu'après l'avoir fait bouillir.

M. Lancereaux. J'appuie absolument ce que vient de dire M. Bucquoy, j'ajouterai même quelques chiffres. A l'Hôtel-Dieu il est entré, du 1er janvier au 12 février 1894, 5 typhiques. Du 12 février au 3 mars il y en a eu 62. — L'épidémie est donc survenue subitement, il y a donc lieu d'incriminer l'eau. Mais comment s'est faite cette infection? Nous l'ignorons encore ; des enquêtes sont faites en ce moment pour en trouver les causes.

On peut dire déjà que l'épidémie actuelle marche comme les précédentes, celles de 1876 et 1882.

L'épidémie de 1876, dont j'ai établi la statistique complète à Saint-Antoine, a eu la marche suivante : jusqu'au 12 juillet on comptait 40 à 50 typhiques dans tout l'hôpital et pas un décès. Du 12 au 31 il y eut 12 décès; en août 30 décès, en septembre 43 puis 40, en octobre, 27 en novembre et enfin en décembre seulement 7.... L'épidémie s'éteignait.

En 1882 même marche. Le 25 septembre, alors qu'il n'y avait que quelques rares typhiques, j'en reçois en un seul jour 10 et en quelques jours il y en avait 40 à 50 dans tout l'hôpital. Il est probable qu'il s'agit, aujourd'hui comme à ce moment, d'un robinet d'eau de rivière qu'on a ouvert et qui a suffi pour infecter toute la canalisation d'eau de source.

M. Lereboullet. Dans les épidémies de 1876 et 1882, la fièvre typhoïde s'est montrée très fréquente en automne, ce qui est conforme à ce qu'on savait de son développement æstivo-automnal. Or aujourd'hui elle se développe au contraire au printemps. Il est donc bien plus rationnel de rechercher une cause hydrique qu'une cause météorologique pour expliquer son développement.

Les eaux d'alimentation ont pu être souillées d'une façon qui nous échappe ; les conduites d'eaux de source peuvent n'être pas absolument étanches. Quoi qu'il en soit, les eaux de sources n'étaient plus aussi pures depuis quinze jours environ. L'autorité compétente aurait dû aviser la population dès qu'il a été prouvé que les eaux de source renfermaient un taux plus élevé de microbes.

M. Vallin. Il serait exagéré de dire à la population ne faites plus filtrer votre eau, faites-la bouillir. Il faudrait dire quand vous ne pourrez pas filtrer votre eau, faites-la bouillir.

M. A. Gautier. Il faut bien au contraire que la population sache que les filtres ne sont pas une garantie suffisante et que souvent même ils servent de culture aux microbes lorsqu'ils ont été employés assez longtemps. Il faut que tout le monde sache que le seul moyen, actuellement, de se prémunir contre la fièvre typhoïde est de faire bouillir l'eau.

M. le Secrétaire perpétuel. Il suffit de dire que l'Académie, s'associant aux observations formulées par quelques-uns de ses membres, recommande à la population de faire bouillir l'eau destinée à l'alimentation. (*Adopté à l'unanimité*).

**Le chauffage des voitures.** — M. Proust adresse un rapport au nom de la commission chargée d'étudier cette question.

L'emploi pour le chauffage des voitures publiques des briquettes qui par leur combustion, dégagent constamment des gaz délétères et dangereux, souvent mortels, constitue un danger public.

L'Académie émet donc le vœu que ce mode de chauffage soit absolument interdit ainsi que tout autre ayant pour résultat de déverser à l'intérieur des voitures les produits de combustion. (L'Académie adopte ce vœu à l'unanimité.)

**Commissions de prix pour 1894.**

| Prix. | MM. |
|---|---|
| *Académie.* | — Hérard, Sée (Germain), Kelsch. |
| *Alvarenga.* | — Riche, Lereboullet, Berger. |
| *Amussat.* | — Larrey, Verneuil, Terrier. |
| *Baillarger.* | — Potain, Luys, Duguet. |
| *Barbier.* | — Duval, Chatin (Joannès), Mégnin. |
| *Bourceret.* | — Hayem, Trasbot, Cadet de Gassicourt. |
| *Buignet.* | — Bouchard, d'Arsonval, Moissan. |
| *Capuron.* | — Tarnier, Robin, Pinard. |
| *Civrieux.* | — Empis, Lancereaux, Magnan. |
| *Daudet.* | — Guéniot, Péan, Périer. |
| *Desportes.* | — Laboulbène, Grancher, Laveran. |
| *Falret.* | — Besnier, Mesnet. |
| *Godard.* | — Le Dentu, Magitot, Landouzy. |
| *Hygiène de l'enfance.* | — Lagneau, Budin, Charpentier. |
| *Herpin.* | — Cornil, Ranvier, Hallopeau. |
| *Itard.* | — Polaillon, Bucquoy, Chauveau. |
| *Laborie.* | — Tillaux, Labbé, Chauvel. |
| *Laval.* | — Brouardel, Bouchardat, Gautier. |
| *Meynot.* | — Jaccoud, Duplay, Fournier. |
| *Monbinne.* | — Panas, Javal, Wéber. |
| *Nativelle.* | — Jungfleisch, Prunier, Marty. |
| *Orfila.* | — Caventou, Le Roy de Méricourt, Dumontpallier. |
| *Portal.* | — Guyon, Sée (Marc), Straus. |
| *Pourat.* | — Marey, Laborde, François-Franck. |
| *Saintour.* | — Colin (Léon), Lannelongue, Debove. |
| *Saint-Paul.* | — Proust, Planchon, Dieulafoy. |
| *Stanski.* | — Schützenberger, Leblanc, Worms. |
| *Vernois.* | — Vallin, Nocard, Blanchard. |

A 4 h. 1/2, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Worms sur les candidats au titre d'associé libre. La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

1re ligne, M. Duclaux ; 2e M. Blache ; 3e M. Commenge ; 4e M. Jacques Bertillon ; 5e M. Galezowski ; 6e M. Corlieu.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 2 mars* 1894. — *Présidence de* M. Ferrand.

**Hémorragie méningée d'origine charbonneuse.** — MM. Roger et Crochet ont recueilli une observation intéressante au triple point de vue clinique, anatomique et microbien. Il s'agit d'un homme entré dans le service pour un érysipèle développé autour d'une pustule maligne ; la lésion datait de quatre jours, mais l'état général excellent faisait porter un pronostic assez favorable. Or, aussitôt après la visite, le malade perd brusquement connaissance : ses membres sont dans la résolution : les extrémités se cyanosent et se refroidissent, les battements cardiaques deviennent faibles et rapides (128), la respiration est accélérée (36), l'insensibilité absolue. Après quelques contractures passagères le malade succombe dans le coma trois heures après le début des accidents.

L'autopsie révéla une abondante infiltration de sérosité au niveau du cou, des muscles pectoraux, du tissu cellu

ire du médiastin ; le sang était épais, poisseux, couleur pia ; les viscères, fortement congestionnés, laissaient écouer un sang noirâtre. La lésion la plus curieuse siégeait au iveau des méninges, toute la pie-mère encéphalique était ansformée en une vraie nappe sanguine, qui entourait omplètement le cerveau, le bulbe, la protubérance, le ervelet; les méninges rachidiennes étaient congestionnées ; la partie inférieure de la région dorsale et à la région lombaire, il existait une hémorragie formant un véritable nneau autour de la moelle. L'examen bactériologique a ermis de constater qu'on avait affaire à une double infection ; l'une due au streptocoque était locale ; l'autre due à a bactéridie charbonneuse s'était généralisée, le microbe u charbon se trouvait en abondance et à l'exclusion de out streptocoque dans le sang, les viscères, les méninges. on a déjà signalé l'existence d'hémorragies méningées au ours de l'infection charbonneuse; mais jamais la lésion l'avait acquis une aussi grande extension que dans cette bservation.

**Un cas de paroxysme hystérique à forme de névralgie faciale.** — M. Gilles de la Tourette. Actuellement on doit onsidérer l'hystérie comme une maladie constituée par un ensemble de stigmates permanents (troubles sensitifs, vasoneteurs, diathèse de contracture, d'amyosténie), fond ommun sur lequel évoluent des paroxysmes.

Le plus anciennement et le mieux connu de ces paroxysmes n'est autre que l'attaque convulsive. Il a longemps englobé pour ainsi dire tous les autres, étant donné surtout que les convulsions s'associent assez fréquemment aux diverses manifestations paroxystiques ; mais cette association a singulièrement nui à la nosographie médicale.

En 1891, j'ai pu sortir du grand groupe des névralgies faciales et attribuer à l'hystérie certains paroxysmes jusqu'alors confondus avec le tic douloureux. C'est d'une observation de ce genre que je voudrais entretenir aujourd'hui brièvement la Société.

Elle se rapporte à un ouvrier couvreur âgé de 54 ans, qui, en trente-huit ans, à trois reprises, a eu des accès avec perte de connaissance et morsure de la langue qu'on pourrait qualifier d'épileptiques à moins de les considérer comme relevant de l'apoplexie hystérique décrite par MM. Debove et Achard.

Or, il y a environ trois semaines, cet homme, qui est hémianesthésique du côté droit, a été pris sans cause connue d'une douleur sciatique siégeant précisément de ce même côté droit.

Cette particularité devait déjà faire penser à l'hystérie comme origine de la névralgie sciatique ; mais ce n'est pas tout. Concurremment avec la sciatique, et toujours du côté droit, se développe un tic douloureux de la face à caractère à la fois permanent et paroxystique. Ces paroxysmes ont une allure tout à fait particulière. Ils sont précédés de l'aura habituelle, commune, et leur cessation coïncide souvent avec l'émission d'une urine claire et abondante Ce sont bien là les caractères du paroxysme hystérique à forme névralgique.

Mais ce qui plaide encore plus en faveur de la névrose, c'est que toute la moitié droite de la face et du cuir chevelu est le siège d'une hyperesthésie exquise. Il n'est pas douteux pour nous que la douleur permanente soit due, comme dans le clou hystérique, à la présence de la zone hyperesthésique, et que le paroxysme soit sous la dépendance de l'exaltation de cette zone qui d'hyperesthésique devient hystérogène.

Ajoutons encore, au point de vue général, que le malade est porteur d'un ensemble de stigmates permanents qui, en dehors de tous autres phénomènes, en feraient un hystérique confirmé.

M. Féré dit qu'il n'y a pas de raison de refuser d'admettre une névralgie faciale de nature hystérique ; la névralgie est un symptôme qui peut se montrer dans des conditions très diverses. Trousseau avait fait des réserves sur la nature de la névralgie qu'il a appelée épileptiforme ; mais la névralgie faciale à décharge brusque peut se présenter chez des épileptiques avérés, et guérir, comme des troubles convulsifs, par le bromure.

**Traitement de la péritonite tuberculeuse par l'injection de naphtol camphré dans le péritoine.** — M. Rendu a présenté en novembre 1893 (1) une malade guérie d'une péritonite tuberculeuse ascitique par l'injection de naphtol camphré dans le péritoine. Voici une autre observation analogue : Une jeune Italienne de 16 ans, atteinte d'une ascite considérable, est entrée le 10 décembre dans son service. Il arriva par exclusion au diagnostic de péritonite tuberculeuse. Une certaine quantité de liquide péritonéal fut injectée dans le péritoine de deux cobayes, et, dans la même séance, le 16 décembre, il retira 6 litres de liquide ascitique.

Cette ponction fut suivie de l'injection (5 gr.) de naphtol camphré dans l'abdomen. Pendant deux jours, cette injection fut bien supportée ; le troisième jour, la malade présenta une élévation de température, de l'empâtement sous-ombilical, et une pleurite gauche. Cet état congestif de la plèvre et du poumon dura peu de jours et disparut spontanément, ainsi que la fièvre. — Le 26 décembre, la malade était en voie de guérison.

Des deux cobayes inoculés, l'un mourut un mois après de tuberculose généralisée ; l'autre vit encore. L'autopsie du premier cobaye montre bien qu'il s'agissait de péritonite tuberculeuse.

Ces deux observations montrent l'innocuité et les heureux effets de l'injection abdominale de naphtol camphré dans la péritonite tuberculeuse avec ascite.

**Traitement d'urgence du pneumothorax par la thoracenthèse.** — M. Galliard. Dans le traitement d'urgence du pneumothorax simple, la thoracenthèse est susceptible de soulager les malades et même de leur assurer la survie. Elle permet de gagner du temps et d'attendre la période de tolérance. Elle amène, dans quelques rares cas, la guérison très rapide du pneumothorax.

Il faut la pratiquer à l'aide d'un fort trocart, mis en communication avec l'appareil aspirateur.

Les canules à demeure ne doivent être employées que si l'on est certain d'avoir affaire au pneumothorax à soupape. Pour qu'elles ne soient pas dangereuses, il faut : 1° assurer leur fixation dans le trajet intercostal ; 2° les munir d'une soupape à fonctionnement régulier ou d'un appareil de filtration irréprochable, les conditions semblent difficiles à réaliser en pratique.

La thoracenthèse peut être suivie d'expectoration albumineuse, complication peu grave. Elle peut être suivie d'emphysème sous-cutané généralisé, complication très grave.

(1) V. *France méd.*, 1893 n. 44, p. 695.

Lorsque l'emphysème sous-cutané se manifeste à la suite de la thoracenthèse, il faut pratiquer immédiatement la thoracotomie, mettre un drain dans la plaie et appliquer un pansement antiseptique.

En dehors de cette circonstance, la thoracotomie d'emblée est à rejeter (car elle serait inévitablement suivie de suppuration pleurale), à moins qu'il n'y ait grangrène.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII[e] ARRONDISSEMENT

*Séance du 30 janvier.*

M. Sottas, président sortant, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

L'an dernier, en prenant place à ce fauteuil, je vous ai exprimé ma gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait en me confiant la présidence de votre Société pendant l'année 1893.

Aujourd'hui, arrivé au terme de mon mandat, ce sont des remerciements encore que je viens vous adresser, pour votre assiduité à nos séances, pour votre attention soutenue et l'esprit de courtoisie et de bienveillance réciproque, que vous avez apporté dans vos discussions et qui m'ont rendu à la fois facile et agréable une tâche que je n'avais pas acceptée, tout d'abord, sans une certaine appréhension.

Je rentre dans le rang, avec le souvenir du témoignage d'estime que vous m'avez donné et bien résolu à demeurer membre assidu et militant de la Société du VII[e] arrondissement, dont je suis un adhérent de la première heure.

Pour anticiper sur le rapport détaillé que vous fera, tout à l'heure, notre secrétaire général, sur les travaux de la Société pendant l'année qui vient de finir, je tiens à constater que l'ensemble des communications, presque exclusivement chirurgicales, représente une somme de travail équivalente à celle des années précédentes.

A part une discussion, assez mal engagée d'ailleurs, à propos des polycliniques, les questions professionnelles nous ont peu occupés cette année.

Aussi bien, il est probable qu'il en sera de même dans l'avenir, l'Union syndicale des médecins de la Seine, semblant tendre à acquérir de plus en plus le monopole de ces questions qu'elle est, du reste, en situation de trancher avec plus d'autorité que nous.

La partie scientifique heureusement nous reste intacte et c'est encore la meilleure.

Je ne veux pas revenir sur les considérations qui ont déterminé votre bureau, au moment des vacances dernières, à faire un nouvel appel au corps médical de l'arrondissement ; ce qu'il importe de constater, c'est que cet appel a été entendu.

Plusieurs de nos confrères sont venus se joindre à nous et, parmi eux, j'ai eu personnellement le plaisir de compter un de mes anciens amis de collège d'internat.

A ces nouveaux collaborateurs, en votre nom et au mien, je suis heureux de souhaiter la bienvenue. Grâce à eux, la Société va prendre un nouvel essor, et c'est dans cette situation favorable que je la transmets à notre nouveau président, M. le D[r] Verchère, entre les mains duquel, vous en êtes convaincus, elle ne saurait péricliter.

M. Sottas cède le fauteuil de la présidence à M. Verchère qui s'exprime en ces termes :

Messieurs et chers confrères,

Je ne puis que vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait en m'élevant à cette dignité de président. Je suis sûr que vous me connaissez assez pour savoir combien j'apprécie cette marque d'estime et de sympathie.

Mais je ne veux pas occuper de moi vos instants précieux.

A l'Académie, une autre savante société comme celle du VII[e] arrondissement, il est un usage : tout nouvel élu doit faire éloquemment l'éloge de son prédécesseur. Si je suis embarrassé pour suivre cet usage de votre sœur aînée, ce n'est pas que le sujet ne soit riche et digne de tout le bien d'un vrai discours académique ; mais je ne sais pas faire un discours académique ; je n'ai pas l'éloquence suffisante pour bien exprimer, comme je le voudrais, tout ce que nous pensons tous de notre cher président sortant.

Je ne parlerai pas de lui comme confrère et comme ami, j'aurais peur de faire rougir sa modestie.

C'est comme président que je tiens à le signaler à votre reconnaissance. Le début de sa magistrature a été marqué par un appel aux confrères... négligents ou ignorants plutôt de votre existence, et, grâce à cet appel dont vous vous rappelez encore les termes encourageants et persuasifs, nous avons vu cette année venir à nous plusieurs confrères, que, sans notre président, nous n'aurions peut-être pas encore le bonheur de posséder. Il a été le modèle de l'exactitude, le modèle de la bienveillance, le modèle de l'urbanité. Grâce à lui, la Société, cette année, n'a plus entendu revenir en discussion certaines questions irritantes et qu'une Société purement médicale et confraternelle doit, de par ses statuts, laisser en dehors de ses ordres du jour. Grâce à lui aussi, nous avons vu disparaître les retours périodiques des interpellations syndicales, et, sous sa direction ferme autant que sympathique, la société n'a eu à s'occuper que de questions exclusivement médicales et cliniques surtout.

M. Sottas, mon prédécesseur, vous me rendez la tâche difficile et je serai bien inhabile à effacer les regrets que votre départ nous inflige ; croyez que je ferai tous mes efforts pour vous suivre dans la voie que vous m'avez tracée et cela avec d'autant plus de confiance que votre présence parmi nous m'encouragera et me soutiendra.

Car si j'ai dit tout à l'heure que c'était votre départ que nous regrettions, je me suis mal exprimé (j'ai prévenu que je n'étais pas académique), nous sommes sûrs que vous ne partez pas, que vous restez parmi nous et que l'exactitude qui fut la vôtre pendant cette année, vous nous l'accorderez encore pour nos séances futures, que vous voudrez bien, tel Cincinnatus descendu du pouvoir, nous continuer vos conseils et nous intéresser par les communications que votre grande pratique et votre expérience rendent si faciles pour vous et si instructives pour nous.

Messieurs, je termine en demandant votre indulgence pour mes débuts à un fauteuil présidentiel et suis sûr que vous me rendrez la tâche facile, ce dont je vous remercie d'avance.

M. Tolédano, secrétaire général, donne lecture du rapport suivant sur les travaux de l'année :

Messieurs et chers collègues,

Les communications qui ont été présentées durant l'année qui vient de s'écouler, sans être aussi nombreuses que

es des années précédentes, ont eu un caractère intéres-t et instructif. Le plus grand nombre d'entre elles con-naient des cas de chirurgie. La médecine pure a occupé » place assez restreinte.

Nous avons eu aussi à nous occuper de questions de ntologie qui ont donné lieu à des rapports très étudiés. e commencerai par l'étude des travaux de chirurgie.

M. Valude nous a entretenus du délire post-opératoire, ncipalement dans les affections oculaires, et nous a ntré qu'à côté des causes habituelles de ce délire, telles l'inanition, l'alcoolisme, etc., il en existait d'autres qui sont pas signalées dans les auteurs.

Notre collègue nous a communiqué en outre une obser-ion curieuse d'atrophie des deux nerfs optiques produite une balle de revolver introduite dans la tempe droite et ant passé derrière les deux globes oculaires en section-nt ou contusionnant les deux nerfs optiques.

M. Le Bec nous a présenté deux observations de gastro-térostomie pour cancer du pylore et de la petite courbure l'estomac. Le soulagement a été immédiat après l'opé-ion.

Plusieurs d'entre nous se sont demandé à ce sujet si ce ulagement n'avait pas été plutôt le résultat des lavages l'estomac qui avaient précédé l'opération.

Dans un autre travail très substantiel, M. le Bec nous a tretenu des suppurations pelviennes et de leurs traite-ents et il a résumé de la façon suivante les indications à mplir :

1° Indurations péri-utérines petites et dures : antisepsie ginale et utérine, curettage ; plus tard, massage utérin électrolyse. En cas d'échec, hystérectomie vaginale ;

2° Poches élevées : laparotomie ;

3° Poches fluctuantes et basses : faire d'abord l'ouverture ginale large et le drainage soigné. Si le mal résiste, hys-rectomie vaginale.

Un cas rare de kyste de l'ovaire chez une enfant de 14 ans été présenté par M. Monnier. Cette enfant a été traitée et uérie par l'ovariotomie.

M. Monnier nous a signalé en outre un nouveau cas de angrène par pansement phéniqué.

Ces cas ne sont pas aussi rares qu'on le croit et doivent ettre en garde les médecins contre l'emploi intempestif e ce médicament.

M. Potherat nous a communiqué trois observations d'exos-ose qu'il a opérées et guéries ; dans la première, il s'agit 'une exostose ostéogénique du fémur droit avec hydar-hrose considérable. La seconde observation est relative à ne exostose du 5e métacarpien qui occasionnait une gêne onctionnelle par suite du déplacement du tendon exten-eur. La troisième observation concerne une exostose sous nguéale chez une vieille femme, avec onyxis incarné.

Enfin, M. Natier nous a présenté une communication in-éressante d'œdème du larynx au cours de la grippe.

En médecine, les présentations n'ont pas été nombreuses, nais elles ont été très intéressantes.

Une première observation communiquée par M. Ferrand, st relative à un cas de péritonite péri-hépatique consécu-ive à une tumeur du foie d'une nature encore indéterminée, robablement un abcès. L'intérêt de cette observation ré-ide dans la difficulté du diagnostic.

Une autre communication concerne un cas d'empoison-ement accidentel par l'ingestion de 12 milligrammes d'a-conitine cristallée. Cette observation, présentée par M. Veil a offert un caractère intéressant au point de vue du résul-tat favorable produit par une intervention rapide et éner-gique.

Enfin, notre président, M. Sottas, nous a fait part d'un cas d'appendicite perforante primitive traitée et guérie sans intervention chirurgicale.

Ces différentes communications ont toutes été suivies de discussions importantes qui ont permis d'élucider certains points relatifs, soit à la pathogénie de l'affection, soit au traitement.

En dehors des travaux scientifiques notre Société s'est occupée de questions de déontologie.

Elle a écouté avec intérêt des rapports importants : 1° sur les cliniques et les policliniques ; 2° sur le meilleur mode à employer pour la déclaration des maladies contagieuses ; 3° sur un vœu tendant à assimiler les médecins morts des épidémies, aux militaires morts pendant la guerre.

Comme je le disais en commençant, cette année la Société a produit moins de travaux que les années précédentes. Notre président sortant dans la séance d'octobre dernier, nous a signalé les causes de cette pénurie de communications et les moyens d'y remédier. J'ajoute qu'il existe dans les différentes sociétés médicales de Paris une espèce de marasme intellectuel dont les causes sont diverses et sur lesquelles je n'ai pas à insister. Quoi qu'il en soit, notre Société est une de celles où l'on travaille le plus et je puis dire à son honneur qu'elle tient uns des premiers rangs parmi les Sociétés similaires de Paris.

Il ne s'ensuit pour cela qu'il faille nous croiser les bras et jouir de nos lauriers. Nous devons continuer l'œuvre commencée et y apporter de nouveaux éléments d'étude. C'est à ce prix que nous concourrons à son développement normal et progressif.

L'appel que votre bureau, sur l'initiative de son président, a fait aux confrères qui ne sont pas encore partie de la Société, a été entendu : un certain nombre de médecins ont demandé leur admission parmi nous. Nous comptons aujourd'hui 69 membres, et en ajoutant les candidats que nous allons recevoir tout à l'heure, nous arrivons au chiffre respectable de 71 membres.

J'espère que les nouveaux venus se feront un devoir d'inaugurer leur entrée dans la Société en nous envoyant des communications sur les cas, plus ou moins intéressants, qui se seront présentés à leur observation.

Permettez-moi en terminant d'adresser en votre nom nos cordiales félicitations à notre sympathique collègue, M. Rendu, pour la distinction honorifique et si bien méritée dont il a été l'objet au commencement de cette année.

Enfin, M. de Crésantigues, trésorier, fait un rapport sur la situation financière de la Société : une Commission composée de MM. Hallé, Valude et Courtaix, est nommée pour la vérification de ces comptes.

La correspondance comprend :

Une lettre de remerciements de M. Lamy pour son admission dans la Société ; des lettres d'excuses de MM. Ferrand, Berger et Le Bec, empêchés d'assister à la séance.

La procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Verchère lit une observa-

tion d'eczéma phéniqué aigu de la paume de la main, suivi de troubles trophiques (*sera publié*).

M. Valude fait un rapport sur la candidature de M. Pinel-Maisonneuve.

M. le Secrétaire général lit un rapport de M. Le Bec sur la candidature de M. Vaudremer.

L'admission de ces deux confrères est votée à l'unanimité.

M. Monnier communique une observation de **résection itérative des côtes pour fistule pleurale gauche**. — Il s'agit d'un enfant de 13 ans 1/2 qui, à l'âge de 5 ans, eut une pleurésie purulente qu'on traita par l'empyème : une fistule persista. A l'âge de 9 ans M. Monnier fit une première opération d'Estlander dans laquelle il enleva un trapèze costal ayant 10 centimètres à la base (9e côté) et 4 au sommet (4e côte). De parti pris, eu égard à la gravité de l'état de l'enfant, il s'arrêta là. Deux ans plus tard, il fit une nouvelle résection costale plus large que la première, car elle comprenait 6 centimètres des 1re et 2e côtes. Un grattage d'un petit infundibulum fait dix-huit mois plus tard amena la guérison définitive de l'enfant, chez lequel, chose curieuse, le poumon réfugié pendant sept ans dans le cul-de-sac supérieur est descendu peu à peu au 4e espace intercostal.

M. Richardière. Tout en trouvant légitime le traitement opératoire appliqué ici, je pense qu'il ne faut pas le généraliser, car souvent, un simple empyème avec lavage suffit pour amener la guérison de la pleurésie purulente chez l'enfant.

M. Toledano. La simple ponction suffit même quelquefois, ainsi que le prouve le cas d'un enfant, atteint de fistule pleurale après ponction, près duquel j'avais fait appeler un chirurgien qui proposa l'opération d'Estlander. Les parents refusèrent. L'enfant guérit spontanément après une vomique.

M. Richardière. L'évolution de la pleurésie varie habituellement suivant le microbe pathogène ; celle à streptocoques nécessite presque toujours l'empyème, celle à pneumocoques, au contraire, peut guérir par ponction.

Le banquet annuel de la Société est fixé au samedi 24 février.

La séance est levée.

*Un des secrétaires annuels* : L. Monnier.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 7 mars. — Présidence de* M. Lucas-Championnière.

**Traitement des fistules recto-vaginales.** — M. Segond. A propos de la communication de M. Routier sur cette question, M. Pozzi a mis en avant une question de priorité. Je la crois bien difficile à juger, car nombre d'auteurs ont soutenu l'opinion de la nécessité de la périnéorrhaphie pour la fistule recto-vaginale. Je tiens à dire cependant que trois plans de suture sont peut-être une complication opératoire inutile et que, dans la plupart des cas, il suffit de pratiquer l'opération de Lawson Tait en la modifiant plus ou moins avec le mode de suture d'Emmet.

M. Chaput. Je défends le procédé à trois plans de suture que du reste, avant M. Routier, nous avons décrit, M. Terrillon et moi, dans notre petit manuel d'antisepsie chirurgicale.

**Hydrocèle péritonéo-vaginale.** — M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Brault (Alger). En opérant l'hydrocèle accompagnée d'une hernie, M. Brault fit en même temps la cure radicale de la hernie.

**Kyste hydatique intrahépatique.** — Après une ponction exploratrice, M. Brault fit une incision parallèle aux fausses côtes, puis après suture du foie à la paroi, il fit la section du tissu hépatique au thermocautère, et enleva la poche. Le malade guérit après la persistance d'une fistule biliaire pendant un certain temps.

**Traumatismes cérébraux.** — M. Bousquet. Un premier malade fut atteint, au niveau de la nuque, d'un bloc de pierre tombant de 15 mètres. Il reste trois quarts d'heure sans connaissance. En arrière et à gauche vaste plaie où se trouve un magma de terre, de cheveux, d'os et de matière cérébrale. Deux esquilles volumineuses s'enfoncent dans le crâne ; nettoyage et régularisation de la plaie, ablation des esquilles ; suture et drainage. La guérison est complète au bout d'un mois. Il ne reste qu'un peu d'embarras de la parole et un léger affaiblissement de la vue de l'œil gauche.

Le second malade est un enfant qui reçut sur le crâne un tas de briques détaché du toit d'une maison. Après guérison, il reste une paralysie de la main gauche. On trouve une dépression, animée de battements, on trépane et on peut enlever trois grandes esquilles qui pénétraient de 3 centimètres dans le cerveau. Elles sont facilement enlevées. Les jours suivants, apparut un écoulement de liquide qu'on ne put arrêter au niveau de la trépanation. L'enfant mourut le quatrième jour.

**Trépanations et plaies par armes à feu.** — M. Delorme. Je tiens à répondre aux critiques de M. Terrier. Il s'est étonné que j'aie tenu à distinguer les lésions des revolvers du commerce des armes de guerre. Il est impossible par les expériences de ne pas être conduit à cette distinction. Les qualités balistiques de ces projectiles ne peuvent être comparées.

J'ai tiré, avec un revolver du commerce qui m'a servi dans mes premières expériences, quatre balles qui ont traversé deux planches de 15 millimètres. Quatre balles de revolver d'ordonnance ont traversé 5 planches de même épaisseur. Les expériences faites sur crâne ou sur fémur ont donné les mêmes différences accentuées. Ce n'est pas le volume du projectile qui présente de l'importance, c'est sa vitesse et sa longueur.

La méthode d'exploration que préconise M. Terrier, l'explorateur à boule, d'après des expériences que je viens de refaire, peut très facilement faire des fausses routes. La sonde de gomme, pas plus que l'explorateur, ne peut donner de renseignements satisfaisants et surtout sans danger.

L'appareil Trouvé peut donner des indications dans certaines circonstances, mais ma conviction étant faite sur l'inutilité et le danger des explorations, je rejette actuellement cet instrument comme tout autre. Dans les trajets courts si l'on trouve avec le stylet un corps dur, découvert et visible, on doit entraîner à une intervention, que ce soit une balle ou une esquille.

La conclusion de M. Terrier tend à préconiser une intervention, du moment qu'on est sûr de la pénétration et du séjour du projectile. Ce serait courir à un abus de la trépanation. D'autant plus que cette trépanation serait le plus souvent inutile, et ne donnerait pas la possibilité de retrouver le projectile.

Quant à l'état aseptique de la balle, parfois il existe, sou-
nt aussi il n'est pas. Les expériences ont montré qu'il
difficile de connaître d'avance quel sera le résultat de
séjour dans le crâne.

Quels résultats ont donné les explorations faites dans le
rveau ? Dans les différentes thèses que j'ai consultées je
i trouvé aucun fait de balle révélée par le stylet ou toute
tre exploration.

Si l'exploration n'est pas dangereuse au point de vue
ne inoculation septique nouvelle, elle n'en est pas moins
ngereuse au point de vue mécanique.

Enfin la trépanation peut, pendant son exécution, augmen-
r les lésions méningo-encéphaliques et je crois que pour
tte raison il faut préférer au trépan la pince-gouge.

M. Terrier. J'accorde que le cathétérisme est extrême-
ent difficile. L'explorateur Trouvé pourrait donner des
urants électriques, mais cela n'a pas d'inconvénients, les
xplorations physiologiques que l'on a fait en Angleterre
'ont jamais déterminé d'accidents, et je continue à dire
u'il ne faut pas rester les bras croisés devant une balle
yant pénétré dans le crâne.

M. Gérard Marchant. Il ne s'agit pas de savoir si un ma-
ade qui a une balle de revolver guérira, mais si un malade
ui doit mourir à la suite du séjour d'une balle dans le
râne pourrait être sauvé par une intervention chirurgi-
ale.

En 1877, je vis un malade monoplégique par une balle
e revolver. Le malade succomba, la balle était trouvée à
autopsie au niveau de la pariétale ascendante où on au-
ait pu l'extraire. En 1881, nouveau malade qui succomba
près quatre jours de coma. En 1886, M. Trélat vit avec moi
n blessé qui ne présentait aucun accident, mais succomba
u bout de huit jours.

Tant que le cerveau est muet, disait M. Reclus, nous
ous abstenons. Mais est-ce que vous attendez que la péri-
onite soit survenue pour opérer après une plaie de l'in-
estin ;

Quel signe peut décider à intervenir ? Le seul suivant
oi, c'est la pénétration. Il est vrai que celle-ci est sou-
ent difficile à reconnaître. Ce n'est pas d'un stylet dontje me
servirais, mais bien d'une sonde cannelée, qui me donnera
seulement la sensation de la pénétration, sans jamais cher-
cher à explorer dans la substance cérébrale elle-même.

L'intervention me permettra de chercher des esquilles,
d'ouvrir le foyer, de drainer le trajet, et cette dernière in-
dication est peut être la plus importante. Quant à la re-
cherche de la balle, elle n'est pas absolument indispen-
sable et dès qu'après une exploration, ou plutôt une simple
trépanation exploratrice, on ne trouve pas immédiatement
la balle ou les fragments de balle, il ne faut pas prolonger
les recherches.

**Fracture du crâne. Secousses épileptiformes. Trépanation. Absence de lésion. Guérison et retour à son état normal.** — Présentation de malade, par M. Michaux.

**Tumeur pulsatile du diploé ou de la circulation intra-cranienne.** — Présentation de malade, par M. Bousquet.

F. Verchère.

---

## VARIÉTÉS

### La Société de médecine de Paris pendant l'année 1893

Messieurs et cher collègues,

L'an dernier vous m'avez fait un grand honneur, en me confiant le secrétariat général de notre vieille Société, croyez que je vous en suis profondément reconnaissant et que vous m'avez causé une grandejoie. Mais aujourd'hui que, pour la première et vraisemblablement pour la dernière fois, il me faut remplir le plus périlleux des devoirs inhérents à mes éphémères fonctions, mes craintes seraient vives, si la sympathie que vous m'avez toujours si libéralement témoignée ne m'autorisait pas à compter sur votre indulgence. Depuis de longues années la lecture du compte rendu de nos travaux était attendue par les plus délicats d'entre vous, j'ai le désir seul de ne pas vous déplaire à opposer au talent de mes éloquents prédécesseurs.

Le prochain fascicule de vos Bulletins sera, Messieurs, moins considérable que de coutume. Plusieurs de nos collègues que nous voyions souvent occuper cette tribune l'ont désertée et le zèle des autres s'est médiocrement ravivé pour enrichir nos ordres du jour appauvris. Cela serait pour votre Bureau, et pour votre secrétaire général en particulier, un pénible avertissement, si les sociétés similaires à la nôtre n'avaient pas à souffrir du même abandon. Par contre les discussions ont été nourries et intéressantes, telles que vos Bulletins précédents en contiennent peu; nous ne saurions donc trop remercier ceux d'entre nous qui ont bien voulu *ex abrupto* nous communiquer le résultat de leur expérience et de leurs méditations, par suite animer avec succès nos séances.

J'arrive à vos travaux. Les questions de pathologie cardio-vasculaire ont occupé plusieurs de nos réunions; quelques-uns d'entre nous avaient redouté que notre infatigable collègue Duroziez entrât dans une période de recueillement et de silence, après la récente publication de son savant Traité des maladies du cœur, ouvrage dont la valeur a été si justement appréciée de nos hautes assemblées médicales; fort heureusement il n'en a rien été. C'est que M. Duroziez est de ceux dont les cartons ne se vident jamais, étant consciencieusement et constamment remplis d'observations scrupuleusement prises. Aussi cela lui permet-il de donner souvent le jour à des communications édifiées sur des faits, non seulement bien observés, mais encore nombre de fois contrôlés; je n'en veux pour preuve que les quelques pages consacrées par notre collègue aux bruits chlorotiques, « qu'il est si important de savoir différencier des souffles qui accompagnent les lésions organiques du cœur ». Toutefois son opinion sur le traitement des anémiques goutteux n'est pas partagé par MM. Fraigniaud et Reliquet, qui vantent l'utilité de l'alcool en pareil cas; de plus pour M. Reliquet le fer est essen-

tiellement nuisible et même serait cause des accidents rénaux les plus graves. La chlorose a fait le sujet d'une autre communication de M. Duroziez; notre collègue avait remarqué depuis longtemps chez les chlorotiques que la paume des mains et la plante des pieds étaient le siège d'une teinte jaune analogue à celle que l'on constate sur la peau du visage; cette teinte y serait même fréquemment exagérée.

Vous savez que le rétrécissement mitral pur est une affection véritablement dans l'oreille de notre confrère; dans l'endocardite qui accompagne le rhumatisme articulaire aigu, la combinaison du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aortique, d'après lui, est la règle, l'unicité des lésions est exceptionnelle; tel n'est pas l'avis du professeur Potain, qui appuie son dire sur son expérience personnelle et surtout sur des observations recueillies dans la littérature anglaise. M. Duroziez émet des doutes sur la véracité des faits d'importation en général et ne comprend pas la bonhomie de ceux qui les acceptent avec confiance; pour lui on ne doit conclure que d'après ce que l'on a observé soi-même.

D'ailleurs M. Duroziez est loin de s'entendre avec les évêques de la médecine quand il discute sur les interprétations à donner aux bruits que l'on perçoit en appliquant l'oreille armée ou non du stéthoscope, sur la région précordiale. Il blâme ceux qui posent à tout venant le diagnostic de communication interventriculaire, ou bien de rétrécissement pulmonaire, ou bien encore de bruits extra-cardiaques. « On ne pense pas assez aux bruits chlorotiques; les lésions organiques graves ne devraient être acceptées que lorsqu'une interprétation consolante ne saurait être proposée. » Quant aux bruits extra-cardiaques, M. Duroziez les croit produits par l'état du sang ou des parois du cœur: voilà une interprétation qui ne va pas de pair avec celle du professeur Potain.

Votre ancien secrétaire général, M. Christian, vous a narré avec sa verve et sa précision habituelles un cas de mort subite par péricardite hémorrhagique chez un dément. L'observation était des plus curieuses: après le décès, on pratiqua l'autopsie qui révéla l'existence méconnue pendant la vie de tuberculose des plèvres et du péritoine; le péricarde était tapissé d'une fausse membrane de date ancienne, tandis que le sang épanché avait déterminé l'arrêt immédiat des battements du cœur. Pour M. Christian les fausses membranes du péricarde ne devaient recéler aucun bacille de Koch. Nous regrettons, avec M. Duroziez, qu'un examen histologique et bactériologique n'ait pu être fait, cela aurait augmenté encore l'intérêt de l'observation de notre sympathique président.

La seconde communication de M. Christian concerne les fractures chez les aliénés. Plusieurs auteurs ayant prétendu que le système osseux se raréfiait dans la paralysie générale, les fractures par suite seraient fréquentes et leur consolidation ne s'effectuerait que lentement. Les faits ne répondent pas à cette « erreur » suivant notre collègue. A l'hospice de Charenton se trouvent beaucoups de pensionnaires atteints de paralysie générale; il est rare que l'on ait à traiter des fractures et quandde tels accidents arrivent, la formation du cal n'est aucunement retardée. D'après M. Frémont la syphilis, par contre, aurait une action manifeste sur la cicatrisation du tissu osseux; il raconte avec détails l'histoire d'un de ses malades qui s'était fait deux fractures à plusieurs années de distance; à la première, la syphilis du malade était ignorée, retard considérable de la guérison; à la seconde le traitement antisyphilitique est institué et la consolidation a lieu dans les délais normaux.

M. de Beauvais nous a relaté un cas d'hydrophobie passagère chez un enfant ayant la coqueluche; cette complication, qui n'a pas été signalée dans les cliniques de l'Hôtel-Dieu, nous a valu, de la part de notre collègue, un exposé magistral du traitement de la complication elle-même et de la coqueluche en général; malheureusement, comme l'ont fait remarquer après Trousseau, plusieurs membres de la Société, la thérapeutique est peu efficace; cela n'est pas une excuse suffisante pour rester inactif, dit M. de Beauvais; le médecin ne doit-il pas soulager et même simplement prodiguer ses consolations quand il ne peut pas guérir.

L'infirmerie de Mazas donne souvent l'occasion à M. de Beauvais qui est chargé de donner ses soins aux criminels malades habitant cette prison, de nous communiquer le récit de véritables débordements d'imagination; que penser de cet individu qui, à la suite d'un pari, avale deux mètres de tube en caoutchouc, qu'il garde quatre mois dans l'estomac? Quand on cite des excentricités, il est rare que chacun ne se laisse pas influencer par ses souvenirs et ne raconte ce qu'il a vu ou ce dont il a entendu parler; l'estomac est un organe relativement complaisant puisque chauve-souris, thermomètres, épingles, clous et *tutti quanti* rentrent dans les objets trouvés par quelques-uns d'entre nous à l'intérieur de ce viscère et y recélés pendant une période de temps plus ou moins longue.

M. Frémont nous a montré quelle merveilleuse influence les pulvérisations phéniquées préconisées par le professeur Verneuil, ont sur les phlegmons des diabétiques; M. Polaillon ne partage pas cet enthousiasme et croit que le phlegmon du malade de M. Frémiont n'avait dès le début qu'une tendance peu marquée à suppurer ou à se gangréner. Conclure est difficile; nous en tirons cependant cette conclusion que cette discussion a entraîné un débat des plus instructifs sur le traitement du diabète par les alcalins.

M. Polaillon ne nous a pas gâtés cette année; je ne vois à son actif qu'une observation commentée de névralgie du nerf dentaire inférieur. Elle nous a prouvé une fois de plus que notre collègue était un maître dans la chirurgie, sachant saisir les indications d'une

ération, et, une fois décidée, ayant l'habileté nécessaire pour la mener à bien.

Quoique nous possédions plusieurs oculistes parmi s membres, un seul n'a pas manqué à l'appel. . Trousseau nous a fait connaître les merveilleux sultats opératoires qu'il a obtenus pendant l'anée 1892 dans son service de l'hospice des Quinze-ngts ; à propos d'un cas publié par le Dr Legain sur s effets toxiques de la cocaïne instillée dans l'œil, otre collègue nous a démontré la rareté de cet accident nous a exposé sa genèse avec une clarté dans les xpressions qui lui est particulière et qui ne manque mais de faire passer la conviction dans l'esprit de s auditeurs. Je vous rappellerai, de plus, les conseils pratiques de M. Trousseau à propos des inconvénients des verres teintés : les meilleurs verres teintés nt ceux dits de Fieuzal, jaune mêlé de bleu ou de oir de fumée ; mais ceux que l'on doit bannir et dont faut déconseiller l'emploi sont les binocles ou lunettes à bas prix qui se vendent dans les bazars ou les etits magasins. D'ailleurs la grande lumière n'est pas craindre pour la vue ; ce sont les grands foyers lumineux, d'où la nécessité, dans les lieux d'études, de se ervir de gros foyers de lumière dont les yeux n'aperoivent que le rayonnement.

Les maladies des organes génito-urinaires ont suscité lusieurs communications, qui toutes ont été suivies 'intéressantes discussions. Je signalerai celles de . Dubuc sur un cas de cowpérite suppurée, et sur es accidents d'hématurie survenus chez un homme e 85 ans. Cette dernière observation nous a prouvé ombien il est difficile d'assigner l'origine d'un pisement de sang, surtout lorsque le malade refuse d'être oumis à l'examen endoscopique, dont la valeur diagnostique est complètement aujourd'hui mise hors de oute ; elle a, de plus, donné l'idée à M. Reliquet de ous faire ressortir les bienfaits de l'opium et de la orphine quand il s'agit d'arrêter une hémorrhagie 'origine vésicale et ceux de l'ergotine quand c'est le ein qui est le point de départ de la perte de sang.

M. Dubuc nous a aussi relaté l'histoire d'un vieillard e 82 ans, qui se sondait depuis un temps relativement ong et qui est mort sans manifestation fébrile à la uite d'un abcès de la prostate ouvert dans l'urèthre. Notre collègue a fait suivre l'observation de considérations sur le lieu opportun des incisions des abcès de la rostate, mais j'avoue ne pas partager les idées émises ar lui : l'incision périnéale me paraît, comme à non maître et ami le Dr Segond et à beaucoup d'autres, 'incision idéale favorisant le libre écoulement du us et facilitant le lavage de la cavité, d'où nécessité e créer un orifice périnéal, que l'abcès se soit déjà uvert dans le rectum ou dans l'urèthre.

MM. de Pezzer et Desnos nous ont présenté chacun n cathéter évacuateur de leur invention : le premier, ne sonde qui est une modification d'une autre sonde, ujourd'hui très employée dite à pastille, et qui peut être mise à demeure dans la vessie de l'homme en l'introduisant par le méat et l'urèthre normal ; le second, une sonde métallique dont la courbure est essentiellement souple et facilite par cela même le cathétérisme chez certains prostatiques.

M. Gillebert d'Hercourt nous a initiés avec la plus parfaite modestie aux remords que lui avait causés le décès d'un des deux fœtus pendant une parturition gémellaire ; fort heureusement pour notre aimable trésorier ses remords n'étaient rien moins que fondés et unanimement la cliente de M. Gillebert d'Hercourt a été reconnue avoir été fort bien accouchée.

En autres lieux qu'ici je me croirais autorisé à passer sous silence les rapports lus à cette tribune à l'occasion soit de candidatures, soit de brochures offertes à notre bibliothèque, mais je ne saurais oublier qu'à quelques exceptions près ce sont de parfaites analyses critiques et non de simples résumés ou énumérations de têtes de chapitre. Permettez-moi donc devous rappeler les rapports de candidature de MM. Duroziez, de Pezzer et Rougon. Notre ancien trésorier M. Perrin a bien voulu nous présenter en quelques pages sagement pensées le mémoire d'un de nos membres correspondants, M. Dechaux, de Montluçon, sur la saignée ; le livre sur l'hydrothérapie de MM. Materne et Beni-Barde a eu la bonne fortune d'être commenté par M. Fraigniaud, lequel cependant a eu le tort, suivant M. Duroziez, de ne pas couvrir de fleurs la génération de 1830 et nos ancêtres de 1848 ; enfin je me serai acquitté envers chacun, lorsque j'aurai félicité l'un de nos anciens présidents, M. Leudet, d'avoir exposé ses idées sur la contagion de la phtisie et d'avoir par cela même suscité une discussion des plus intéressantes sur cette question, qui touche à la fois à la pathogénie et à l'hygiène.

(*A suivre.*)

## NOUVELLES

**Hôpitaux de Paris.** — CONCOURS POUR TROIS PLACES DE MÉDECINS DU BUREAU CENTRAL. La question donnée en composition écrite a été : étude clinique et anatomique des lésions broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde.

Les questions restées dans l'urne étaient : 1° des artérites syphilitiques ; 2° des infections veineuses.

La lecture des copies a commencé vendredi et se continuera les lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'hôpital de la Charité.

**Hôpitaux de Paris.** — Le jury du Bureau central (chirurgie) est provisoirement composé ainsi qu'il suit : MM. Marc Sée, Guéniot, Nicaise, Richelot, Bouilly, Campenon et Siredey.

**Conseil supérieur de l'instruction publique.**— Ces jours-ci a eu lieu le dépouillement du scrutin pour l'élection d'un représentant des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des écoles supérieures de pharmacie au conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Diacon, directeur de l'école de Montpellier, décédé.

**Les médecins en Autriche.** — Une statistique officielle nous apprend que pour l'Autriche proprement dite, à l'exclusion de la Hongrie, il existait, au commencement de 1893 un total de 6563 médecins (docteurs) et de 1532 chirurgiens (sorte d'officiers de santé). Tandis que le chiffre des médecins avait augmenté de 901 sur le dénombrement précédent, remontant à deux ans, celui des chirurgiens avait diminué de 167. Comme en France, les praticiens de deuxième ordre tendent à disparaître et la décroissance de leur nombre est plus que compensée par l'accroissement du chiffre des docteurs.

Quant à la répartition de cet accroissement, elle est très inégale ; les médecins semblent attirés surtout par les grandes villes. La Basse-Autriche (qui contient Vienne) compte 366 médecins de plus ; la Bohême 234. Dans les autres provinces, l'augmentation est bien moins sensible, mais toutes y participent, sauf la Carniole et le Vorarlberg qui conservent leur chiffre, et la Dalmatie qui compte deux médecins de moins.

**Chemin de fer d'Orléans** (1894). — *Semaine sainte à Séville ; Foire de Séville.* — A l'occasion des cérémonies de la Semaine sainte, du 19 au 24 mars, et de la Foire et des Fêtes qui auront lieu à Séville, du 18 au 22 avril, la Compagnie d'Orléans, d'accord avec la Compagnie du Midi de la France et les Compagnies espagnoles, délivrera, du 9 mars au 16 avril inclus, au départ de Paris, Orléans, le Mans, Tours, Poitiers, Saincaize, Bourges, Châteauroux, Moulins (Allier), Gannat, Montluçon, Limoges et Clermont-Ferrand, ainsi qu'aux gares et stations intermédiaires, des billets aller et retour de première classe pour Séville, au prix réduit et uniforme de 250 francs, par place, avec faculté d'arrêt à divers points du parcours.

Ces billets seront valables jusqu'au 5 mai inclusivement et donneront aux voyageurs la faculté de prendre les trains de luxe « Sud-Express » jusqu'à Madrid, à la condition de payer en outre du prix ci-dessus le supplément complet, c'est-à-dire 50 0/0 du prix des billets à plein tarif.

**Prime entièrement gratuite offerte à nos abonnés.** — Tout abonné à notre journal pourra recevoir à titre de prime entièrement gratuite et franco, pendant trois mois, la première édition du *Génie de la Mode*, le plus pratique de tous les journaux de ce genre.

Il suffit pour cela d'écrire si le journal doit être adressé à M., Mme ou Mlle, en envoyant une bande à M. Dubosclard, directeur du *Génie de la Mode*, 78, boulevard Saint-Michel, Paris.

**Nécrologie.** — Le Dr Jallon, ancien chirurgien de marine, maire de Bourg-la-Reine. — M. Poulet-Bachelard, médecin à Jeumont (Nord), reçu en 1876. — Le Dr Auguste Ollivier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants malades, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène, décédé le 6 mars à l'âge de 57 ans. — Le Dr Revillout (Victor), qui fut pendant près de vingt ans rédacteur de la *Gazette des hôpitaux*.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**La médication par l'exercice**, par le Dr Fernand Lagrange, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, médecin consultant à Vichy. — 1 vol. grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte et 1 carte coloriée hors texte. — Prix : 12 fr. — Félix Alcan, éditeur.

Ce livre vient compléter la série des travaux du Dr L grange sur l'*Exercice* et en est comme la conclusion. S trois premiers volumes : *La Physiologie des exercices Corps*, *l'Exercice chez les Enfants et les Jeunes ge l'Exercice chez les Adultes*, avaient déjà montré comme les notions puisées dans la physiologie du mouveme musculaire pouvaient être utilisées pour favoriser le dév loppement normal du corps et le maintenir en santé. Cet fois son but est l'application de l'exercice et du mouveme à la guérison des maladies. — Dans la première partie ce livre, intitulée *Les effets thérapeutiques de l'exercice*, l'a teur passe en revue les diverses ressources que pe trouver le médecin dans *les mouvements actifs, les mo vements passifs, le massage ;* puis il étudie les modifie tions utiles ou nuisibles que peuvent produire dans un o ganisme malade *la fatigue*, l'*entraînement* et ce qu'il a pelle l'*éducation des organes*. Cette partie se termine p deux chapitres essentiellement pratiques : les *Indicatio* et *les Contre-indications* de l'exercice.

Dans la deuxième partie ayant pour titre *Les Moye d'exercice*, M. Lagrange examine les divers procédés em ployés pour obtenir les effets curatifs. C'est là que so étudiées la *gymnastique suédoise* et la *gymnastique all mande* en regard de notre gymnastique française si d pourvue d'exercices applicables aux malades. On y trou aussi l'exposé des *exercices libres* et des *travaux prof sionnels* utilisables dans un but thérapeutique. La *Cure Terrains* imaginée par le Dr OErtel, de Munich, est l'ob d'un chapitre spécial.

Enfin, la troisième partie est consacrée à l'*Applicati du traitement ;* nous citerons parmi les chapitres les pl importants, ceux qui ont trait aux *Déviations de la tail* aux *Maladies du système nerveux*, aux *Affections des vo respiratoires*, aux *Maladies du cœur*.

Bien qu'écrivant spécialement pour les médecins, l'a teur s'est attaché, comme dans ses précédentes publicatio à se mettre à la portée des esprits suffisamment cultiv Nombre de chapitres comme l'*Orthopédie dans la fami* intéresseront les parents et les éducateurs ; d'autres, tels q *la Gymnastique respiratoire*, *la Gymnastique abdomina le Traitement de la neurasthénie*, conviendront aux homm d'études, aux personnes de vie sédentaire ; les hommes sport liront avec fruit le chapitre traitant du *rôle ortho dique de l'escrime*.

**DYSPEPSIES.** — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diasta
**ALIMENT DES ENFANTS.** — Phosphatine Falières.
**CONSTIPATION.** — Poudre laxative de Vichy.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
*Anémie, Diabète, Voies respiratoires*
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

**VIN AROUD** (viande quina et fer). — Régénérateur pu sant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde. Menstr tions douloureuses. Rachitisme. Affections scrofuleus Diarrhées.**

*Une ou deux* **Pilules de QUASSINE FRÉMINT** à chaq repas donnent de l'appétit, relèvent très rapidement forces et font disparaître la constipation habituelle.

**PASTILLES bi-borate de soude VIGIER,** à 0 gr. 10 centigr. 10 pastilles par jour.

*Le Gérant :* A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*